

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА

Председатель Правления — Б. Н. Котив, ответственный секретарь — А. В. Слободяник,
референт — Ю. В. Плотников

2420-е заседание 27.11.2013 г. совместно с Научным обществом онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области

Председатели — К. В. Павелец, В. Ф. Семиглазов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, А. А. Кочеткова, А. А. Поликарпов, А. В. Смородский, А. В. Слободяник (кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО ВМедА им. С. М. Кирова МО РФ; ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава РФ, Санкт-Петербург). **Пятилетний результат комбинированного лечения аденокарциномы сигмовидной кишки с метастатическим поражением печени.**

Больная Л., 36 лет, поступила в клинику госпитальной хирургии в плановом порядке 16.10.2008 г. с жалобами на периодическую тошноту в утреннее время и слабость. При пальпации в левой подвздошной области в проекции сигмовидной кишки выявлено образование размером 7×8 см. По данным УЗИ и КТ в правой доле печени выявлены два очаговых образования диаметром до 90 мм. По результатам фиброколоноскопии выявлена стенозирующая опухоль сигмовидной кишки. При морфологическом исследовании — умеренно дифференцированная аденокарцинома. Установлен диагноз: аденокарцинома сигмовидной кишки T4NxM1 (hepar). 30.10.2008 г. пациентке выполнены резекция сигмовидной кишки с формированием анастомоза «конец в конец», правосторонняя расширенная гемигепатэктомия, лимфодиссекция, дренирование общего желчного протока через пузырный проток. Течение послеоперационного периода осложнилось правосторонним ассоциированным гидротораксом, что потребовало плевральной пункции для эвакуации экссудата. Дренаж из общего желчного протока удалён на 17-е сутки. Выписана на 19-е сутки после операции. Послеоперационный диагноз: аденокарцинома сигмовидной кишки pT4N0M1C4 (hepar). При иммуногистохимическом исследовании индекс Ki-67 составил 40%. С целью продолжения лечения в ФГБУ РНЦРХТ проведено 4 курса (16.12.2008 г., 20.01.2009 г., 11.03.2009 г., 12.05.2009 г.) регионарной интраартериальной химиоинфузии печени (5,0 г 5-фторурацила; 100,0 мг элоксатина; 500,0 мг лейковорина). С 10.06.2009 по 20.06.2009 г. находилась на лечении в Городской больнице № 26 по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости, где 11.06.2009 г. выполнены лапаротомия, ревизия, разделение спаек, назогастроинтестинальная интубация, санация

и дренирование брюшной полости. Признаков прогрессии основного заболевания обнаружено не было. Послеоперационный период протекал гладко. Период наблюдения составил 5 лет.

Цель демонстрации — показать возможность и эффективность симультанных оперативных вмешательств в комбинированном лечении колоректального рака с метастатическим поражением печени.

Ответы на вопросы. Пациентка почувствовала себя больной с августа 2008 г. Перерыв в химиотерапии связан со спазмом чревного ствола. Прибавила в массе тела, боли в животе не беспокоят. Успех связан с комбинированным лечением.

2. А. В. Павловский, А. А. Поликарпов, В. Н. Польшалов, С. А. Попов, С. Д. Долгих (ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава РФ). **Отдалённый результат современной внутриартериальной химиотерапии и циторедуктивной хирургии рака желудка с множественными метастазами в печень.**

Пациентка Ф., 67 лет, обратилась в центр в декабре 2011 г. с жалобами на общую слабость, похудание на 5 кг за последние 3 мес, дискомфорт и тяжесть в эпигастриальной области после еды, потерю аппетита. Установлен диагноз: аденокарцинома выходного отдела желудка T4Nx-2M1 (печень биллобарно). По данным ФГДС и рентгеноскопии желудка, антральный отдел желудка деформирован за счёт инфильтративно-экзофитного рака с изъязвлением. При многослойной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшной полости во всех отделах печени выявлены множественные образования размером около 1 см в диаметре, увеличение лимфатических узлов (размеры перигастриальных — от 5 до 11 мм, в воротах печени — 14 мм, парааортальных с двух сторон — до 6–7 мм). Указанные изменения расценены как метастатические. Асцита нет. При лабораторном обследовании повышение РЭА более 50 нг/мл. В декабре 2011 г. выполнены верхняя мезентерикография, целиакография. По данным ангиографии, отмечена особенность сосудистой анатомии: отхождение левой печёночной от левой желудочной артерии. Выполнена химиоэмболизация печени (10 мг митомицина С+5 мл липиодола) с оставлением катетера в чревном стволе для регионарной химиоинфузии препаратами «Гемзар», «Элоксатин», «Таксотер» в регионарной дозировке из расчета 75% от системной дозы. Процедуру перенесла без осложнений. В феврале и апреле 2012 г. дважды выполнялись повторные циклы химиоэмболизации и химиоинфузии по ранее описанному протоколу. По данным

диагностической ангиографии и контрольной МСКТ органов брюшной полости, через 5 мес от начала лечения определялся частичный ответ на проводимое лечение, компактное накопление рентгеноконтрастной масляной субстанции (липиодол) в проекции ранее определявшихся метастатических очагов в правой доле печени. В левой доле отмечалось увеличение размеров и количества метастатических узлов, что оценено как результат особенностей сосудистой анатомии. При этом со стороны первичной опухоли желудка не было выявлено прогрессирования заболевания. Учитывая отсутствие признаков нерезектабельности опухоли желудка, принято решение о выполнении хирургического вмешательства. За неделю до оперативного лечения была выполнена химиоэмболизация, а также химиоинфузия в чревный ствол по вышеописанной схеме. 11.05.2012 г. произведены дистальная субтотальная резекция желудка, спленэктомия, лимфодиссекция в объёме D2, левосторонняя гемигепатэктомия, холецистэктомия. Патоморфологическое исследование удалённого препарата: умеренно-дифференцированная аденокарцинома, вовлекающая все слои стенки желудка. Лимфатические узлы без опухолевых элементов с наличием олеогранулемы (липиодол) в одном из 17, подвергшихся диссекции. Субтотальный некроз метастазов в левой доле печени. Иммуногистохимическое исследование: умеренно-дифференцированная аденокарцинома интестинального типа, прорастающая все слои стенки желудка. В одном из лимфатических узлов очаг некроза, возможно как следствие лекарственного патоморфоза предшествующей опухоли. В печени очаги полностью некротизированной опухоли. Высокая степень агрессивности опухоли — индекс пролиферации Ki-67 более 50%. За время амбулаторного наблюдения с момента операции отмечает улучшение самочувствия, жалоб не предъявляет, масса тела увеличилась. Отмечается снижение и стабилизация уровня онкомаркера СЕА до 7,5 нг/мл. В июле и декабре 2012 г., июне 2013 г. выполнены повторные циклы внутриартериальной регионарной химиотерапии по ранее избранной схеме. При контрольном обследовании (МСКТ, целиакография, ПЭТ) через 14 мес после оперативного лечения данных за рецидив заболевания не выявлено. Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что разумная стратегия применения комбинированного лечения с преимущественным использованием интервенционных методик в качестве индивидуального подхода к лечению распространённых форм рака желудка является перспективным направлением улучшения результатов лечения данной группы больных.

Ответы на вопросы. Заболевание выявлено сразу после обращения больной в поликлинику. Желчный пузырь удалён в связи с опасностью тромбоза пузырной артерии. При регионарной химиотерапии паренхиматозных органов снижаются опасности, связанные с образованием некрозов. Опыт химиоэмболизации накоплен по данным 120 больных. Тромбоз воротной вены распознан поздно. Эффективность различных препаратов при химиоэмболизации различна. Есть опыт проведения химиоэмболизации перед радикальными операциями при раке поджелудочной железы.

Прения

В.Ф.Семглазов (председатель). Представлены две демонстрации успеха комбинированной терапии, новый виток исследований химиоэмболизации.

ДОКЛАД

В.В.Анисимов, Г.И.Гафтон, Ю.В.Семилетова, В.Г.Лемехов, М.Ю.Мяснянкин, И.Г.Гафтон (ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова). **Оптимизация методов лечения больных с рецидивом меланомы кожи.**

Меланома кожи является уникальной опухолью в клинической онкологии, способной демонстрировать редкое многообразие своего клинического течения. Прогноз или исход заболевания у пациентов зависит от многочисленных факторов, характеризующих первичную опухоль и организм больного, а также от выбора метода лечения. Материалом для настоящего исследования послужили ретроспективные клиничко-морфологические данные о 838 больных с гистологически верифицированной первичной меланомой кожи pT1–4N0M0, радикально оперированных в клинике ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» с января 1985 г. по декабрь 2003 г. У 374 (44,5%) пациентов из 838 больных меланомой кожи после радикального хирургического лечения первичной опухоли в различные сроки наблюдения появились признаки прогрессирования опухолевого процесса. Под рецидивом заболевания понималось возникновение у больных любого вида прогрессирования меланомы кожи в различные сроки после радикального хирургического лечения первичной опухоли.

Выводы. 1. Проведение больным с локо-регионарным рецидивом заболевания химиотерапии после хирургического лечения достоверно не улучшает показатели их пострецидивной выживаемости. Медиана пострецидивной выживаемости при хирургическом и химиотерапевтическом лечении составила 20 мес, тогда как в контрольной группе — 18 мес ($p>0,05$). У этих больных целесообразно сочетание хирургического лечения с иммунотерапией ($p=0,08$).

2. У больных с отдалёнными метастазами хирургическое лечение в сочетании с лекарственной терапией достоверно улучшает показатели пострецидивной выживаемости по сравнению с одним только хирургическим или лекарственным лечением. Медиана пострецидивной выживаемости при комбинированном лечении составила 22 мес, тогда как при других видах лечения — 5 мес ($p<0,05$).

Ответы на вопросы. Появляются все новые таргетные химиопрепараты. При изолированной регионарной перфузии процент рецидивов составляет 44. Более 5 лет живут около 20 человек. Перфузию рекомендуется проводить больным до 70 лет, чаще при поражении нижних конечностей, после циторедуктивной операции.

Прения

Г.И.Гафтон. В демонстрациях показано лечение двух локализаций опухолей. Колоректальный рак по течению резко отличается от рака желудка. Всегда желательно лечение начинать с хирургического удаления опухоли и метастазов. Результаты эмболизации докладываются не в первый раз, исследования нужно продолжать.

А.М.Беляев. В демонстрациях эффект получен разными путями: в первом наблюдении — в основном хирургическим, во втором — с помощью химиотерапии. В докладе не чувствуется рекомендаций: кто должен лечить этих больных, в каком учреждении? Есть наблюдения удаления опухолей в поликлиниках без гистологического исследования. Опыт лечения меланом — самый большой в России. Сейчас появились признаки прорыва в химиотерапии. В НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова исследуется эффект нового

таргетного химиопрепарата «Верумафениба», иммунопрепаратов — «Ипилимумаба», «Неволимаба».

В.Ф.Семиглазов (председатель). Результаты лечения меланомы — одни из худших. Иногда операции производят косметологи, без гистологического исследования. Метастазы в лимфатические узлы появляются через несколько месяцев. Предлагается удаление сигнальных лимфатических узлов, изотопные методы их обнаружения. Появились новые гамма-камеры, найдены гены-мишени меланомы. Сейчас в лечении рака желудка испытывается герцептин.

Поступил в редакцию 31.03.2014 г.

2421-е заседание

**Хирургического общества Пирогова
и 498-е заседание Научного общества
онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской
области 11.12.2013 г.**

Председатели — А.С.Барчук, О.Н.Эргашев

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.М.Карачун, Е.В.Левченко, Ю.В.Пелипась, С.Ю. Дворецкий, З.А.Раджабова, Е.А.Петрова (НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова). **Первый опыт миниинвазивных вмешательств в хирургии рака пищевода.**

Пациент Ч., 58 лет, обратился в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» в августе 2012 г. с жалобами на периодическое затруднение прохождения грубой пищи в течение нескольких месяцев. По результатам обследования диагностирован и морфологически верифицирован рак верхнегрудного отдела пищевода (с)T2N0M0. После предоперационной подготовки 07.08.2012 г. выполнена миниинвазивная субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой и формированием цервикального эзофагогастроанастомоза. Длительность оперативного вмешательства составила 420 мин, объем кровопотери — 400 мл. Ведение больного в послеоперационном периоде — по принципам «fast track». Рентгеноскопия пищевода на 5-е сутки после операции — функция эзофагоэнтероанастомоза удовлетворительная, затеков водорастворимого контрастирующего вещества нет. Больной переведен на пероральное (сипинговое) питание. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. На 11-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Осмотрен через 30 дней после операции. Состояние удовлетворительное, функциональный статус по шкале ECOG I степени. Прием пищи осуществляет 4 раза в сутки с соблюдением диетических рекомендаций. Индекс массы тела 21 кг/м².

Ответы на вопросы. Изжоги, срыгивания нет. Беспокоят боли в спине и груди. Масса тела до операции 72 кг, после — 63, потом 71, сейчас снова похудел. Вмешательства на пилорическом жоме не осуществляем. Операция не требовала раздельной интубации бронхов. Считаем, что лимфодиссекция носит более диагностический, чем лечебный характер. Большее значение имеет адьювантная терапия. Если анастомоз планируется создать в груди, операция начинается с лапароскопии, на шее — с торакоскопии. Любая опухоль пищевода T2 требует начала лечения с лучевой терапии.

Прения

Е.В.Левченко. Анастомозы на шее или в верхней апертуре грудной клетки равноценны. Билатеральная диссекция лучше выполняется при торакоскопии. Химиолучевая терапия с последующей операцией увеличивает медиану выживаемости. Ретростеральное расположение трансплантата более эффективно.

К.В.Павелец. Эти операции пока лучше выполнять при ранних раках, более низких локализациях. Здесь — верхнегрудной отдел пищевода. Лимфодиссекция не имеет такого значения, как химиолучевая терапия. Мы формируем инвагинационный анастомоз на шее. Все-таки вмешательства на пилорическом жоме нужны — спазм может возникать в поздние сроки. Китайцы делают пластику желудком при сохраненной дуге Галлеа, иначе — пластику толстой кишки.

А.С.Барчук (председатель). Демонстрация носит характер доклада. Рак верхней трети пищевода ещё недавно считался противопоказанием к хирургическому лечению. Изменившаяся технология позволяет расширить область вмешательства. Успехи при лечении рака пищевода достигнуты за счёт химиолучевой терапии. Соответственно лечение нужно проводить там, где можно осуществить все виды лечения.

2. И.Л.Черниковский, И.В.Правосудов, Е.С.Сердюк [отделение колопроктологии, СПбГБУЗ «Клинический научно-практический центр специализированной медицинской помощи» (онкологический)]. **Удаление гигантской поликистозной мезотелиомы брюшины.**

Пациенту, 32 года, было проведено лечение по поводу гигантской доброкачественной поликистозной мезотелиомы брюшины, которая чаще встречается у женщин репродуктивного возраста (83%). Наблюдение представляется редким, что связано с мужским полом пациента, относительно молодым возрастом и гигантскими размерами опухоли, занимающей всю брюшную полость. Также представляются интересными некоторые затруднения, возникшие в дифференциальной диагностике указанного заболевания с напряжённым асцитом неясной этиологии. Больной был обследован (компьютерная томограмма, магнитно-резонансная томограмма, ультразвуковое исследование брюшной полости, аортомезентерикография, лапароцентез, фиброколоноскопия, фиброгастродуоденоскопия). В феврале 2013 г. выполнено радикальное удаление опухоли. Проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование материала. Срок наблюдения за пациентом составил 10 мес, признаков рецидива заболевания не выявлено.

Ответы на вопросы. Единственной жалобой было увеличение живота, что связывалось с употреблением пива. Поэтому больной обратился к врачу только через 1,5 года. Возникновение опухоли связывается с асбестом, у больного производственных вредностей нет.

Прения

И.В.Правосудов. У больного отмечался компартмент-синдром. Врачебных ошибок в диагностике и лечении не было. Диагноз более информативен при МРТ.

Е.В.Левченко. По данным КТ, у больного был асцит, но он легко диагностируется при простом клиническом исследовании — перкуссии.

А.С.Барчук (председатель). Операция выполнена радикально. Наверно, больной обращался к врачам ранее.

ДОКЛАД

А.А.Доманский, А.М.Карачун, К.К.Лебедев (НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова). **Способы закрытия дефекта тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.**

При опухолях прямой кишки дистальных локализаций одним из распространённых видов оперативного лечения является брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (БПЭ). Частота местных рецидивов при раке нижеампулярного отдела прямой кишки стабильно превышает аналогичный показатель у больных с ректальным раком в целом. Основной причиной этого является распространение опухоли на окружающие ткани в зоне, где отсутствует «барьер» в виде мезоректальной клетчатки, и мышцы тазового дна вплотную прилегают к стенке кишки. При мобилизации прямой кишки по общепринятой методике в данной зоне линия циркулярного края резекции проходит близко к опухоли, что повышает вероятность опухолеположительного края резекции. В 2007 г. группой исследователей из Стокгольма была предложена методика экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (ЭЛБПЭ), как более радикального хирургического вмешательства. Данная методика заключается в мобилизации прямой кишки вместе с мышцами тазового дна, без отделения последних от стенки кишки. В 2012 г. были опубликованы результаты рандомизированного исследования, в котором продемонстрированы лучшие онкологические результаты у больных, перенёсших ЭЛБПЭ, по сравнению со стандартной БПЭ. К настоящему моменту в ряде ведущих клиник ЭЛБПЭ является стандартом при нижеампулярном раке прямой кишки. Выполнение ЭЛБПЭ сопровождается образованием обширного дефекта тазового дна. При закрытии промежностной раны путём простого ушивания подкожной клетчатки отмечается высокая частота послеоперационных воспалительных осложнений. Кроме того, описаны случаи возникновения промежностных грыж. Поиски путей уменьшения осложнений со стороны промежностной раны привели к идее закрытия тазового дна с использованием перемещённого васкуляризованного тканевого лоскута. К таким видам пластики относятся пластика лоскутом большой ягодичной мышцы, VRAM-лоскутом, т.е. кожно-фасциально-мышечным лоскутом прямой мышцы живота, мышцами внутренней поверхности бедра. Альтернативным вариантом является закрытие дефекта тазового дна с использованием аллотрансплантатов. По данным клиник, использующих различные способы закрытия тазового дна, представленные методики приводят к уменьшению частоты осложнений со стороны промежностной раны, как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдалённые сроки. Авторы указывают на уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре, улучшение качества жизни больных, экономический эффект. Собственный опыт представлен 51 экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки, у 31 больного применялись различные варианты сложных пластик дефекта тазового дна.

Ответы на вопросы. При опухолях Т2 и менее достаточно обычная операция. Мы перестали зашивать тазовую брюшину, и кишечная непроходимость не наблюдалась. БПЭ мы выполняли после химио- или лучевой терапии. Подобные операции делают в Швеции, США, Китае. Лучевую терапию получили 70% наших больных.

Прения

А.М.Карачун. Качество жизни после калечащей операции лучше. Операция почти бескровна, менее травматична. Препарат получается цилиндрический. Миниинвазивные методики находят себе место и при этой локализации рака.

С.В.Васильев. Мы сделали 3 таких операции у больных, которые не получали лучевую терапию. Операцию нужно внедрять.

И.В.Правосудов. Обязательная цель операции — получить препарат R0. После работ проф. Хилда стали получать конусовидные, а не цилиндрические препараты. Дело не в положении больного. С.А.Холдин получал цилиндрические препараты, и промежностных грыж не было.

Е.В.Ткачук. В хирургии рака прямой кишки ещё недостаточно применяется химиотерапия.

А.С.Барчук (председатель). Операции могут применяться. При раннем раке необходимости в них нет. Без отдалённых результатов все высказывания недоказательны.

О.Н.Эргашев (председатель). Считаю полезным проведение совместных заседаний обществ хирургов и онкологов.

Поступил в редакцию 31.03.2014 г.

2422-е заседание 25.12.2013 г.

Председатель — Д.Ю.Семёнов

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *А.Ф.Романчишен, К.В.Вабалайте* (СПбГПМУ, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии). **Трудности клинической диагностики, консервативного лечения и результативность хирургического вмешательства у погибающей больной с кахектической стадией тиреотоксикоза.**

Пациентка Ф., 53 лет, переведена в ГБУЗ Мариинскую больницу из одного из специализированных эндокринологических центров города в связи с развитием острого гнойного отита слева и мастоидита, осложнённых парезом лицевого нерва. 20.05.2012 г. выполнена антростомия. Пациентка истощена (масса тела при поступлении 40 кг, до болезни — 60 кг). Анамнез: в течение 1,5 лет лечилась по поводу диффузного токсического зоба тиреостатиками (мерказолил — до 30 мг/сут, пропицил — до 200 мг/сут). На фоне приёма всех тиреостатических препаратов у больной появлялась сыпь, в связи с чем после частичного купирования тиреотоксикоза они отменялись. Лечение пропицилом привело к лейкопении, которая потребовала лечения в гематологическом отделении одного из стационаров Санкт-Петербурга. После отмены тиреостатиков тиреотоксикоз рецидивировал. После повторного назначения пропицила развилась лейкопения с сопутствующим иммунодефицитом. При КТ были обнаружены внутрибрюшная и внутригрудная лимфаденопатия, правосторонний малый гидроторакс; на Эхо-КГ — тиреотоксическая кардиомиопатия. Клинический диагноз в эндокринологическом учреждении: лимфогранулематоз. Больная консультирована в центре (проф. А.Ф.Романчишен). Клинический диагноз: диффузный токсический зоб, кахектическая стадия тиреотоксикоза. Проведены 4 сеанса плазмафереза, явления тиреотоксикоза и аллергии купированы. Операция 26.06.2012 г.: тиреоидэктомия, биопсия паратрахеального лимфатического узла справа.

Гистологическое заключение: аутоиммунный тиреоидит с признаками тиреотоксикоза. Лимфатические узлы с признаками синусового гистиоцитоза. Выписана на 7-е сутки после операции, рана зажила первичным натяжением. Самочувствие и масса тела бывшей пациентки через 5 мес восстановились полностью.

Цели демонстрации: показать сложности клинической диагностики и выбора способа лечения тиреотоксикоза при непереносимости тиреостатиков, эффективность предоперационной подготовки в такой ситуации методами экстракорпоральной гемокоррекции, возможность быстрого и окончательного лечения больных с терминальной стадией тиреотоксикоза с помощью тиреоидэктомии.

Ответы на вопросы. Приём тиреостатиков больная отменяла самостоятельно в связи с ухудшением состояния. Отит и мастоидит возникли на фоне агранулоцитоза и охлаждения. Маркёры иммунодефицита не исследовались. Препараты лития не назначались. Плазмаферез проводился в сочетании с приёмом кортикостероидов.

Прения

Д.Ю.Семёнов (председатель). У больной были несомненные трудности диагностики и выбора методики подготовки к операции. Плазмаферез показал себя с положительной стороны. Желательно описывать его объём.

2. *А.Ф.Романчишен, З.С.Матвеева, К.В.Вабалайте* (СПбГПМУ. Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии). **Наблюдение двустороннего мультицентрического рака околощитовидных желёз на фоне хронического пиелонефрита единственной почки, осложнившегося хронической почечной недостаточностью, третичным гиперпаратиреозом и переломом шейки бедра.**

По данным литературы, карцинома околощитовидных желёз относится к самым редким злокачественным опухолям человека. Паратиреоидный рак — крайне редкая причина гиперпаратиреоза, встречающаяся менее чем у 1% больных. Приводим наблюдение пациента, у которого длительное течение мочекаменной болезни осложнилось хроническим пиелонефритом и почечной недостаточностью, что привело к третичному гиперпаратиреозу, морфологической причиной которого был мультицентрический рак околощитовидных желёз. В доступной литературе нами не было найдено описания наблюдений мультицентрического паратиреоидного рака на фоне хронической почечной недостаточности. По-видимому, наше наблюдение — первое в отечественной литературе. Больной поступил в стационар по поводу перелома шейки бедренной кости. При обследовании пациента выявлены гиперпаратиреоидная остеодистрофия, гиперпаратиреоз, увеличение околощитовидных желёз при УЗИ. В ходе операции удалены двусторонние белёлые опухоли нижних околощитовидных желёз, справа прораставшие возвратный гортанный нерв. В последующем пациенту выполнен металлоостеосинтез перелома шейки бедра, налажен хронический гемодиализ. Через 1 год после операции признаков рецидива опухоли не выявлено.

Цель демонстрации: представить наблюдение редкого заболевания — мультицентрической двусторонней паратиреоидной карциномы, патологического перелома шейки бедра вследствие третичного гиперпаратиреоза, вызванного хронической почечной недостаточностью, обусловленной хроническим обструктивным пиелонефритом, с благоприятным исходом хирургического лечения.

Ответы на вопросы. ХПН была вызвана громадным коралловидным камнем почки. Ревизовались все железы, но изменены были только две. Не было основного критерия злокачественности — метастазирования. Мультицентричность опухоли и прорастание гортанного нерва доказаны гистологически. Причиной третичного гиперпаратиреоза является длительное существование вторичного гиперпаратиреоза, в результате чего происходит развитие автономной гиперпродукции паратиреоидного гормона за счёт гиперплазии или аденомы паратиреоидных желёз. Обычно это происходит у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Лечение, как правило, хирургическое.

Прения

А.Ф.Романчишен. Гемосорбцию мы применили впервые в СССР в 1983 г. Плазмаферез менее опасен. Первая больная выглядела на 70 лет. Возможно перекрёстное метастазирование вследствие особенностей кровоснабжения.

Д.Ю.Семёнов (председатель). В исследованиях сейчас желательно применять иммуногистохимические исследования. Это снимет много вопросов.

ДОКЛАД

А.Л.Акопов, А.А.Русанов, В.П.Молодцова, А.В.Герасин, Н.В.Казаков, М.А.Уртенкова, И.В.Чистяков (кафедра госпитальной хирургии № 1, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, отдел хирургической пульмонологии НИИ пульмонологии). **Расширение показаний к хирургическому лечению рака лёгкого путём применения эндобронхиальной и интраоперационной фотодинамической терапии.**

Лечение больных раком лёгкого — одна из актуальных проблем онкологии. В большинстве наблюдений только хирургическое вмешательство может обеспечить излечение, но, в связи с поздней диагностикой рака лёгкого, лишь 10–15% больных могут быть оперированы, а радикальная операция возможна у 70–80% из них. Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на применении фотосенсибилизаторов и низкоинтенсивного лазерного излучения с длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора. При световом воздействии фотосенсибилизатор расходует значительную часть поглощённой энергии на возбуждение расположенных вблизи него молекул кислорода, переводя их в синглетное состояние и делая сильным окислителем, повреждающим опухолевую ткань. Важно отметить, что ФДТ злокачественных опухолей — одно из очень немногих направлений в медицине, в котором отечественная медицинская наука опережает другие развитые страны. В докладе представлен опыт авторов по применению ФДТ у больных с центральным немелкоклеточным раком лёгкого III стадии (149 пациентов). Оценена эффективность, безопасность ФДТ, а также возможность расширения показаний к хирургическому лечению на примере 42 исходно нерезектабельных или функционально неоперабельных больных путём применения эндобронхиальной (в качестве компонента предоперационного лечения) и интраоперационной ФДТ краёв резекции. Преимуществами ФДТ явились малая инвазивность, простота, экономичность, отсутствие негативного системного и местного воздействия на здоровые ткани. Серьёзных осложнений эндобронхиальной ФДТ не отмечено. После выполнения резекций лёгкого госпитальная летальность составила 5%, 2-летняя выживаемость 90%. Полученные результаты свидетельствуют о том, что дополнение традиционных методов

лечения немелкоклеточного рака лёгкого ФДТ позволяет подвергнуть хирургическому лечению и повысить степень радикализма у отобранных больных, исходно расценённых как нерезектабельные или неоперабельные.

Ответы на вопросы. Трёхлетняя выживаемость — 86%. ФДТ относится к тераностике, так как сочетает элементы диагностики и лечения. После введения фотосенсибилизатора (фотодитазин, радахлорин) проходит 2–3 ч, после чего проводится облучение в течение 10–12 мин с диаметром светового пятна 1 см. Проводится после удаления изменённых лимфатических узлов. Субплевральная концентрация — 0,2 мг/мл. Фотодиагностика с помощью индоцианина зеленого возможна при других локализациях опухолей — щитовидной железы, надпочечников.

Прения

К.В.Павелец. Мы применяли ФДТ при опухолях пищевода, прямой кишки, поджелудочной железы. Есть специальная методика высвечивания лимфатических узлов, поражённых метастазами. Метод — прогрессивный и требует дальнейшего изучения.

Д.Ю.Семёнов (председатель). В последние годы к ФДТ ощущался волнообразный интерес. Удаётся увидеть поражённые и непоражённые лимфатические узлы. Картина до и после воздействия позволяет оценить эффект лечения.

Поступил в редакцию 31.03.2014 г.

2423-е заседание 22.01.2014 г.

Председатель — М.Д.Ханевич

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М.Ю.Кабанов, И.А.Соловьёв, А.Б.Лычёв, К.В.Семенов, М.В.Васильченко, Д.А.Дымников, А.Ю.Навматуля, С.В.Амбарцумян (кафедра военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С.М.Кирова). **Результат эндовидеохирургического лечения GIST-опухоли.**

Пациент В., 66 лет, в течение 10 лет находился под динамическим наблюдением у гастроэнтеролога по поводу подслизистого образования антрального отдела желудка. За последние два года образование увеличилось в размере с 3 до 5 см. Стали беспокоить чувство тяжести и периодические боли в эпигастрии, тошнота и отрыжка после приёма пищи. ФГДС: в антральном отделе, по малой кривизне, имеется подслизистое образование 5,0×3,5 см. Рентгеноскопия желудка: по малой кривизне дефект наполнения с четкими, ровными контурами 7,5×3,5 см, перистальтика по малой кривизне отсутствует, эвакуация замедлена. Эндоскопия: опухолевый узел в подслизистом слое 5,5×3,0 см. Исследование биоптата слизистой оболочки: картина хронического гастрита, очаговая неполная толстокишечная метаплазия. 16.03.2012 г. в плановом порядке выполнены лапароскопия, серомиотомия, удаление опухоли желудка. Послеоперационный период гладкий, заживление первичным натяжением. Выписан на 5-е сутки. Заключение по гистологическому и иммуногистохимическому исследованиям: опухоль желудка, построенная по типу GIST. Рекомендовано наблюдение в течение 1 года у онколога по месту жительства. Химиотерапия не назначалась. При контрольной КТ патологических изменений не выявлено.

Цель демонстрации: показать необходимость и возможность малоинвазивного хирургического лечения подслизистых образований желудка с последующей морфологической верификацией.

Ответы на вопросы. Планировалась резекция желудка, но данные лапароскопии позволили ограничиться иссечением стенки желудка с опухолью. До операции было мнение о лейомиоме. Недостаточное количество митозов позволило отказаться от назначения гливека (иматиниба).

Прения

М.Д.Ханевич (председатель). Если бы до операции был поставлен правильный диагноз, то надо было выполнить резекцию желудка — отступить от края опухоли не менее 2 см. Утверждать о прогрессировании ранее чем через 1,5 года нельзя. Риск рецидива ещё велик.

2. К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, О.М.Рыбальская, П.С.Фёдорова (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова ГБОУ ВПО СПбГПМУ, Мариинская больница). **Вариант хирургического вмешательства при рецидиве гастроинтестинальной стромальной опухоли желудка.**

Больной К., 58 лет, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 29.06.2011 г. в экстренном порядке с жалобами на общую слабость, головокружение, дёгтеобразный стул, умеренные боли в эпигастриальной области. При поступлении Нб 76 г/л. Болен в течение 1 мес. В анамнезе жизни ИБС, ГБ II степени. При комплексном обследовании (ФЭГДС, УЗИ, ЭУС, КТ) выявлено жидкостное образование, исходящее из большой кривизны желудка, прорастающее слизистую оболочку с образованием язвенного дефекта диаметром 1,0 см. Связи с селезёнкой и поджелудочной железой не выявлено. После коррекции анемии, с предварительным диагнозом «GIST желудка», больной оперирован 04.07.2011 г. из левостороннего абдоминального поперечного доступа. При ревизии выявлено кистозное образование 10×8 см, исходящее из стенки желудка в области большой кривизны. При срочном гистологическом исследовании диагностирована лейомиома с распадом. Учитывая последнее, от гастрэктомии решено воздержаться. Новообразование иссечено с участком большой кривизны желудка в пределах неизменной слизистой оболочки. Дефект в желудке ушит. Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 9-е сутки послеоперационного периода. При иммуногистохимическом исследовании выявлена гастроинтестинальная стромальная опухоль высокой степени злокачественности. В краях резекции опухолевого роста не обнаружено. После операции больному в химиотерапии было отказано. Через 1 год 08.07.2012 г. пациент поступает в отделение с клинической картиной желудочного кровотечения. При срочном эндоскопическом исследовании в теле желудка обнаружено подслизистое образование 8,0×6,0 см с изъязвлением 2,0×3,0 см. Кровотечение остановлено аргонно-плазменной коагуляцией. При дополнительных исследованиях (УЗИ, ФКС, КТ) констатирован рецидив опухоли желудка с появлением подслизистого образования в поперечной ободочной кишке. После подготовки 16.07.2012 г. из левостороннего торакоабдоминального доступа выполнены гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода, спленэктомия, резекция хвоста поджелудочной железы, лимфодиссекция в объёме D2, резекция поперечной ободочной кишки с первичным анастомозом, фотодинамическая терапия с облучением зоны лимфодиссекции. После контрольного рентгенологического

ского исследования 20.07.2012 г. больной начал питаться через рот. В послеоперационном периоде на 14-е сутки появилась клиничко-ультразвуковая картина подпечёчного абсцесса, который был дренирован под УЗИ-контролем. Выписан на 25-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При иммуногистохимическом исследовании подтверждён диагноз GIST высокой степени злокачественности. В послеоперационном периоде больной получал химиотерапию (гливек). Пациент обследован через 1 год — данных за рецидив опухоли не получено. Продолжает химиолечение.

Цель демонстрации: обсудить тактику лечения. Показать необходимость использования химиотерапии в послеоперационном периоде у больных с GIST высокой степени злокачественности.

Ответы на вопросы. У больного периодически появляются отеки на ногах. При первом обращении в иммунотерапии отказано врачами другого учреждения. Вмешательство паллиативное. Это рецидив.

Прения

М.Х.Фридман. Результат блестящий. После неверного ведения и обширного рецидива не было метастазов в печень, что характерно для GIST.

В.В.Дмитриченко. Мы наблюдали 2 больных с опухолями желудка и тонкой кишки с метастазами в печень. Одна больная прожила 5 лет без таргетной терапии. Опухоли растут из мышечной ткани, получить гистологическое заключение сложно. Диагноз ставится при размерах опухоли более 5 см и изъязвлении.

О.Н.Эргашев. Таргетная терапия необходима. Этих опухолей стало больше. Очень удачно подобраны демонстрации, доказано значение таргетной терапии.

М.Д.Ханевич (председатель). Показано, как не надо делать, и что из этого получается. Нельзя забывать адьювантную терапию. О ней забывают даже онкологи. Здесь препарат подошёл больному.

ДОКЛАД

Б.Н.Котив, И.И.Дзидзава, С.А.Алентьев, А.В.Слободяник, А.В.Смородский, Д.П.Кашкин, С.А.Солдатов (клиника госпитальной хирургии ВМедА им. С.М.Кирова МО РФ). **Симультанные резекции печени у больных со злокачественными новообразованиями и синхронными метастазами.**

Синхронные метастазы в печень диагностируют у 25–50% больных с злокачественными опухолями различной локализации. В настоящее время результаты лечения метастатического поражения печени хорошо изучены. Благодаря применению современных методов диагностики и оперативного лечения удаётся достичь пятилетней выживаемости в 30–40%. Однако вопрос о выполнении симультанной операции, включающей удаление первичной опухоли и резекцию печени, остаётся дискуссионным. На обследовании и лечении в клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии в период с 2006 по 2013 г. находились 246 больных с злокачественными новообразованиями с синхронным метастатическим поражением печени. Синхронные метастазы были диагностированы одновременно или в первые 3 мес после удаления первичной опухоли. Из них колоректальный рак — в 65,9% случаев, рак желудка — в 9,8%, рак панкреатобилиарной зоны — в 1,7%, другие первичные локализации — в 7,7%. Выполнение симультанных вмешательств

считали возможным в случае нерасширенного, стандартного объёма операции в области первичной опухоли и солитарных или единичных синхронных метастазах печени с поражением не более 50% её объёма. Абсолютными противопоказаниями являлись внепечёчные отдалённые метастазы и низкие функциональные резервы печени. Всего выполнено 41 симультанное вмешательство. Из них у 7 больных имел место рак желудка, у 27 — диагностирован колоректальный рак, по 2 наблюдения — рак молочной железы, рака почки и нейроэндокринных опухолей, у 1 человека — рак большого дуоденального сосочка. В большинстве случаев осуществлялись экономные резекции (61%). Гастрэктомия и субтотальная резекция желудка дополнены у 3 больных левосторонней кавальной лобэктомией, у 1 — левосторонней гемигепатэктомией, у 3 пациентов — правосторонней гемигепатэктомией. Различные по объёму вмешательства на толстой кишке сочетались у 7 больных с левосторонней кавальной лобэктомией, у 2 — с левосторонней гемигепатэктомией, у 4 — с правосторонней гемигепатэктомией, у 14 пациентов — с бисегментэктомией и полисегментарными резекциями печени. Двум больным правостороннюю гемигепатэктомию выполнили симультанно с мастэктомией по Маддену после неоадьювантной химиотерапии. При опухолях других первичных локализаций выполнены различные по объёму атипичные резекции печени. Объём кровопотери, частота послеоперационных осложнений и летальность при симультанных резекциях печени значимо не отличались от вмешательств, выполненных последовательно при синхронных метастазах или резекциях по поводу метастатических очагов. Отдалённый период прослежен у всех больных. Период наблюдения составил от 6 до 60 мес. Все больные в послеоперационном периоде получали химиотерапевтическое лечение. 15 больным (у 2 — рак молочной железы, у 13 — колоректальный рак) проводилась системная химиотерапия. В остальных наблюдениях применяли регионарное введение цитостатиков в режиме 4–6 курсов селективной артериальной химиоинфузии или масляной химиоэмболизации. Рецидив заболевания развился у 10 больных через (14 ± 4) мес. В данной группе пациентов возобновлено химиотерапевтическое лечение. Продолжительность жизни больных раком желудка составила в 1 наблюдении 60 мес, ещё в 1 — 44 мес, в 2 — более 18 мес и в 1 — 7 мес. Трёхлетняя выживаемость больных с колоректальным раком составила $(47,2 \pm 12,2)\%$, пятилетняя — $(33,7 \pm 11,9)\%$.

Таким образом, у больных с злокачественными новообразованиями в случаях стандартного объёма операции в области первичной опухоли и унилобарном синхронном метастатическом поражении печени при отсутствии признаков гепатодисфункции возможно выполнение симультанной резекции печени, что в сочетании с послеоперационной регионарной химиотерапией, как этапа комбинированного лечения, способствует улучшению результатов лечения больных данной категории.

Ответы на вопросы. Подход должен быть индивидуальным. Термин «синхронные метастазы» взят из зарубежной литературы. При M1 выполнялась лимфодиссекция D2. Методика Хабиба применялась. Таргетная терапия проводилась у небольшого числа больных. Кардинального улучшения пока не наблюдали. Поскольку опухолевые массы удалялись полностью, операции считаем радикальными. При билатеральном метастазировании и размере узлов более 5 см удаление метастазов не показано. Двухмоментные операции с

точным гистологическим исследованием позволяют удалять опухоли более радикально.

Прения

М.Ю.Кабанов. Наша клиника придерживается сходных позиций с авторами. Двухмоментные вмешательства желательно делать реже, по показаниям.

М.С.Диникин. Если больной резектабелен, лечение лучше начинать с химиотерапии. Мы активно используем ангиографию для химиоэмболизации.

М.Д.Ханевич (председатель). Проблема актуальная, но материал ещё небольшой. У специалистов кровопотеря сейчас небольшая. Одномоментно можно делать резекции небольшого объёма — вплоть до удаления левой доли. Расширенные гепатэктомии требуют ограничения. Нужно учитывать функции печени. Радикальными эти операции называть нельзя. При резектабельных состояниях надо стремиться начинать лечение с операции. После пяти курсов химиотерапии риск развития печёночной недостаточности повышается. Смелостью является демонстрация результатов лечения этих тяжёлых больных.

Поступил в редакцию 31.03.2014 г.

2424-е заседание 12.02.2014 г.

Председатели — К.В.Павелец, Г.М.Манихас

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Д.В.Гладышев, С.А.Коваленко, М.Е.Моисеев, С.С.Гнедаш, А.О.Эфендиев, Е.И.Сулименко (СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»). **Лапароскопическая внутрибрюшная резекция прямой кишки по поводу рака ректосигмоидного отдела, осложнённого острой обтурационной толстокишечной непроходимостью, после предварительной декомпрессии толстой кишки методом эндоскопического стентирования.**

Больная Ч., 57 лет, поступила в СПб ГБУЗ ГБ № 40 в экстренном порядке 11.03.2013 г. в 1-е сутки от начала заболевания с клиникой острой кишечной непроходимости. Диагноз подтверждён рентгенологически. Ранее оперативных вмешательств пациентке не выполнялось. С целью уточнения диагноза после подготовки толстой кишки очистительными клизмами выполнена экстренная фиброколоноскопия, при которой выявлена стенозирующая опухоль ректосигмоидного отдела прямой кишки. Произведена биопсия. По проводнику через 2 мм просвет в центре опухоли установлен саморасправляющийся покрытый нитиноловый стент фирмы «M.I.Tech» длиной 110 мм. Произведена декомпрессия толстой кишки. Пациентка дообследована: КТ груди, живота, МРТ таза, фиброгастродуоденоскопия. Получено морфологическое заключение о биопсийном материале — высокодифференцированная аденокарцинома. После предоперационной подготовки, деконтаминации и окончательной разгрузки толстой кишки, через один месяц после стентирования пациентке выполнена лапароскопическая внутрибрюшная резекция прямой кишки с формированием первичного сигморектоанастомоза «конец в конец» при помощи циркулярного сшивающего аппарата. Препарат удалён через минилапаротомный разрез над лоном. Течение послеоперационного периода неосложнённое. Активизация

пациентки, отхождение газов и стула отмечено на 2-е сутки. Больная выписана на седьмые сутки после операции.

Ответы на вопросы. У больной отмечалась склонность к запорам в течение многих лет. В 1990 г. был удалён полип из ободочной кишки. После этого родила двух детей. Метастазы были в 9 из 16 исследованных лимфатических узлов. Больная консультирована в одном из городских онкоучреждений. Адювантная терапия не рекомендована. Стент стоит около 40 тысяч рублей по федеральной квоте. Миграция стента возможна, проксимальнее или дистальнее сужения, особенно во время декомпрессии. Он может не раскрыться. Такие осложнения были у 3 человек из 15. Операция после стентирования может быть произведена минимум через 2 нед.

Прения

А.В.Кочетков. У больной не созданы условия полноценного лечения. Стентирование возможно лишь в 40%. Нельзя ограничиваться только одним методом реканализации опухоли — стентированием. Есть и другие.

Г.М.Манихас (председатель). Результат отличный. Больная вернулась к физической работе. Необходимо формулировать показания к установке дорогостоящих стентов. Не нужно держать больного в стационаре 2–3 нед. Лечение больной не закончено. Ей показана адъювантная терапия после иммуногистохимического исследования препарата.

К.В.Павелец (председатель). Использован современный подход. Больная избежала формирования колостомии, качество её жизни улучшилось.

2. М.Ю.Кабанов, И.А.Соловьёв, И.П.Костюк, А.Б.Лычёв, С.В.Амбарцумян, М.В.Васильченко, К.В.Семенов, А.Н.Русакевич, Д.К.Савченков (кафедра военно-морской хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург). **Современные возможности лечения метастатического первично-множественного рака (рак яичников и аденокарцинома прямой кишки).**

Пациентка И., 1955 г. рождения, впервые поступила в клинику ВМХ 31.01.2013 г. В анамнезе больной комбинированное лечение папиллярной цистаденокарциномы яичников низкой степени дифференцировки Т3сN0M0: 07.06.2004 г. — экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника; 6 курсов полихимиотерапии по схеме CAP. 28.01.2005 г. оперирована по поводу рецидива опухоли в малом тазу. Проведено 6 курсов полихимиотерапии по схеме TP. В 2009 г. выявлен метастаз в правую долю печени. 17.06.2010 г. в СПбНИИ им. И.И.Джанелидзе выполнены фенестрация, дренирование кисты печени. По данным морфологического исследования: кистовидное образование печени с фиброзными стенками. Выстилка на большем протяжении отсутствует, имеются очаговые папиллярные разрастания недифференцированного эпителия, единичные ксантомные тельца, что не даёт исключить метастатическую природу. Цитологическое исследование: в препаратах клеточный детрит, эпителиальные клетки отсутствуют. Фиброколоноскопия от 10.06.2010 г. — органических изменений толстой кишки не выявлено. 08.02.2011 г. по поводу распада метастаза печени с формированием абсцесса в клинике ВМГХ ВМедА выполнена атипичная резекция VI–VII сегментов печени. Послеоперационный период осложнился развитием желчного затёка в поддиафрагмальное пространство, подкожной эвентрации петли тонкой кишки, некротическим целлюлитом. 15.02.2011 г. — релапаротомия, вскрытие, санация и дренирование гематомы, иссечение некротических тканей

передней брюшной стенки, устранение эвентрации. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии 05.03.2011 г. В апреле 2013 г. выполнено удаление метастазов передней брюшной стенки, подмышечного лимфатического узла справа. В мае 2013 г. диагностирована аденокарцинома прямой кишки с распространением на шейку матки и мочевого пузыря. 28.05.2013 г. выполнена передняя экстралеваторная эвисцерация: передняя аппаратная резекция прямой кишки, экстирпация шейки матки, субтотальная резекция влагалища, экстирпация мочевого пузыря, деривация мочи по Брикеру. На 8-е сутки послеоперационного периода развилась несостоятельность ректосигмоанастомоза, проводилось консервативное лечение. 17.06.2013 г. выявлена частичная подкожная эвентрация. Операция: устранение эвентрации, некрэктомия, формирование двустольной колостомы. Развилось нагноение лапаротомной раны. Заживление вторичным натяжением, наложены вторичные швы. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома толстой кишки, бляшковидная форма. Опухоль прорастает все слои стенки кишки с инвазией в стенку мочевого пузыря и шейку матки. Метастазов в прилежащих лимфатических узлах не выявлено. 14.10.2013 г. выполнено устранение толстокишечного свища. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства на 15-е сутки. Больная наблюдается до настоящего времени. По данным проведённого обследования данных за прогрессирование заболевания не выявлено.

Ответы на вопросы. Больная живёт в Санкт-Петербурге с 2009 г., наблюдается на кафедре ВМХ ВМедА. Превентивную колостому рекомендуем при низких анастомозах, неадекватной подготовке больных.

Прения

Л.В.Поташов. Необходимо соблюдать форму работы общества. Доклад длится до 20 мин, демонстрация — до 7. В ответах докладчика не нужно благодарить за заданный вопрос.

К.Н.Мовчан. Эта больная должна наблюдаться в одном лечебном учреждении. В демонстрации видно затруднение взаимодействия врачей. Не отработана маршрутизация больных. Требуют ответа вопросы, должен ли быть онколог в штате хирургического стационара и каковы должны быть его взаимоотношения с другими специалистами. Обе представленные демонстрации честные, жизненные.

К.В.Павелец (председатель). 10 лет борьбы за жизнь больной может служить руководством к действию.

ДОКЛАД

А.В.Павловский, Д.А.Гранов, А.А.Поликарпов, С.А.Попов, А.В.Козлов, С.В.Шаповал, А.С.Гуло (ФГБУ РНЦРХТ МЗ СР, Санкт-Петербург). **Отдалённые результаты периоперационной внутриартериальной химиотерапии протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы.**

Цель доклада: проанализировать эффективность современного комбинированного противоопухолевого лечения больных с аденокарциномой головки поджелудочной железы (ПЖ) на примере 1-, 3-, 5-летней выживаемости.

Хирургия рака ПЖ достигла предела технических возможностей, однако отдалённые результаты лечения остаются неудовлетворительными. Причинами явля-

ются поздняя диагностика болезни, низкая резектабельность, связанная с местной распространённостью опухоли и отдалёнными метастазами за счёт лимфогенной, гематогенной, имплантационной диссеминации, периневральной инвазии. Преимуществами периоперационной противоопухолевой терапии являются: уменьшение риска диссеминации опухоли во время операции, возможность повышения числа радикально оперированных больных, увеличение безрецидивного периода и улучшение отдалённых результатов лечения в целом. Комбинированное лечение в ФГУ РНЦРХТ (2000–2010) оказано 51 больному. Оно включало в себя: I этап — неoadъювантная внутриартериальная химиоэмболизация; II этап — радикальное хирургическое лечение — гастропанкреатодуоденальная резекция; III этап — адъювантная внутриартериальная химиотерапия. Непосредственные результаты хирургического лечения статистически практически не отличались от контрольной группы, где проведено только хирургическое лечение ($n=55$). Отдалённые результаты достоверно отличались в исследуемой и контрольной группе. Основная группа: средняя продолжительность жизни (СПЖ)=($22,3\pm 2,1$) мес; 1-летняя выживаемость — 80,4%, 2-летняя — 58,8%, 3-летняя — 43,1%. Контрольная группа: СПЖ=($8,4\pm 2,1$) мес; 1-летняя выживаемость — 20,4%, 2-летняя — 11,1%, 3-летняя — 9,3%. Заключение: комбинированное лечение с применением периоперационной внутриартериальной химиотерапии позволяет улучшить отдалённые результаты лечения больных с протоковой аденокарциномой ПЖ.

Ответы на вопросы. Чувствительность к гемцитабину — у 30% больных. Регионарная химиотерапия — эффективный метод профилактики метастазирования в печень, но он не позволяет избежать лимфогенного метастазирования, развития карциноматоза брюшины. Не всегда надо чрезмерно расширять объём операции. Удаление крючковидного отростка приводит к тяжёлой гипермоторной диарее, что для больного тяжелее, чем местный рецидив. Тяжело переносится тотальная панкреатэктомия — развиваются тяжёлый сахарный диабет, который трудно корригировать, полинейропатии. Поэтому лучше оставить какую-то часть железы. Критерии N и M не сопровождаются различиями в длительности жизни. Главный показатель — Т. Химиоэмболизация печени не равноценна химиоэмболизации ПЖ — опухоль гиповаскулярна. Считаем целесообразной дооперационную лучевую или химиотерапию. Дискутабельны противопоказания к гастропанкреатодуоденальной резекции в виде диссеминации опухоли или инвазии артерий. Инвазия вены — не противопоказание к радикальному вмешательству.

Прения

М.Д.Ханевич. Главная задача вмешательства — предупредить рецидив заболевания. Мы пользуемся криодиссекцией. Стадирование опухолей должно совершенствоваться. Протоковый рак остаётся трудной проблемой.

Н.Ю.Коханенко. Мы льстим себя надеждой на выздоровление, а 5 лет живёт менее 10% больных. У 40% больных уже есть отдалённые метастазы даже при опухолях малых размеров. Со скальпелем за метастазами не угнаться. Криохирургия выдвинута на государственную премию. Первые результаты применения гемзара показали его эффект у 30–40% больных. Пока не чувствуется эффект от фотодинамической терапии. ПДР возможна у 10–20% больных, остальные нуждаются в дополнительном лечении, которое должно быть эффективным. Локально прогрессирующую опухоль нужно удалять.

К.В. Павелец (председатель). Технические вопросы ПДР решены. Пути дальнейшего решения проблемы находятся в других областях онкологии.

Поступил в редакцию 14.04.2014 г.

2425-е заседание 26.02.2014 г.

Председатель — Б.Н.Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. К.В.Павелец, О.Г.Вавилова, П.С.Фёдорова, Д.С.Русанов (кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова СПбГПМУ и Мариинская больница). **Лечение спонтанного разрыва пищевода (синдрома Бурхаве) четырёхсуточной давности.**

Больной Е., 42 года, поступил в 6-е хирургическое отделение Мариинской больницы 18 января 2013 г. на 4-е сутки заболевания с жалобами на боли за грудиной и в верхних отделах живота, одышку, слабость. При рентгеноскопии пищевода выявлен дефект в нижней трети, через который контраст попадает в левую плевральную полость. Оперирован в экстренном порядке. Из левостороннего абдоминалоторакального доступа в седьмое межреберье произведена операция — ушивание дефекта нижней трети пищевода. Санация и дренирование левой плевральной полости. Дренирование сальниковой сумки. Послеоперационный диагноз: синдром Бурхаве от 14.01.2013 г. Осложнения: медиастинит, левосторонний пиопневмоторакс, сепсис. Эмпиема плевры слева. Фоновое заболевание: острый панкреатит (отёчная форма). После операции больной помещён в ОРИТ. На 4-е сутки послеоперационного периода выполнена нижняя трахеостомия. На 8-е сутки состояние больного — с отрицательной динамикой, ближе к крайне тяжёлому. В экстренном порядке 26.01.2013 г. произведены релапаротомия, некрэктомия, ушивание дефекта диафрагмы. Послеоперационный диагноз: подкожная эквентрация абдоминальной раны с частичным расплавлением диафрагмы и несостоятельностью швов рёберной дуги и диафрагмы от 26.01.2013 г. Со 2-х суток на ИВЛ, состояние тяжёлое, стабильное. На 16-е сутки трахеостомическая трубка удалена. На 17-е сутки переведён из ОРИТ. Ежедневно по дренажу отделялось до 40 мл гнойного отделяемого. На кожную рану 06.03.2013 г. наложены вторичные швы, сформирована проточно-промывная система в области отграниченного пиоторакса. Торакоабдоминальная рана зажила. При рентгеноскопии пищевода затёка контраста не выявлено. Выписан в удовлетворительном состоянии 11.04.2013 г. Дренаж полости отграниченного пиоторакса удалён амбулаторно 30.04.2013 г.

Ответы на вопросы. Начало болезни — с появления острой боли за грудиной после рвоты пищей. Инвалид II группы. Туберкулёзом не болел. За помощью обратился сразу. Дренирование произведено в 1-е сутки в другом лечебном учреждении. Оперативный доступ был выбран осознанно для осмотра пищевода и желудка. Отмечена крепитация медиастинальной плевры. Наложены два ряда швов, прикрытые дном желудка. ФГС до операции не производилась. Флора была чувствительна только к колистину. До операции питался через рот. Питание производилось через зонд в течение 2 нед. Упоминаний о выздоровлении больных после

четырёхсуточного разрыва пищевода в литературе обнаружить не удалось.

Прения

В.К.Кулагин. Редкое заболевание — редко диагностируется. Характерна триада Мак-Ларрена — рвота, крепитация на шее, боль в грудной клетке. Больные поступают в кардиологические отделения с диагнозом острого инфаркта миокарда. Доступ выбран сложный. Задержка операции могла быть обусловлена диагнозом острого панкреатита (в эти сроки он стерильный). Медиастинит требует широкого раскрытия. Описан торакоскопический шов разрыва.

О.Н.Эргашев. Существует тактика установки стента и дренирования плевральной полости. Говорить о шоке не совсем корректно.

К.В.Павелец. При подозрении на разрыв пищевода нельзя давать барий. В плевральной полости была почти вся пища, принятая больным за это время. Вряд ли здесь можно было обойтись стентированием или клипированием. Разрыв пищевода нужно зашивать всегда, но двухрядным швом — сллизистую и мышечную оболочки отдельно.

Б.Н.Котив (председатель). Здесь имела место поздняя диагностика. Доступ авторы обосновали, но течение болезни не оправдало этот выбор. Оправдана пластика швов желудком или сальником.

2. И.П.Костюк, Л.А.Васильев, А.В.Карпенко, Р.Р.Сигагатулин, С.С.Крестянинов (кафедра урологии ВМедА им. С.М.Кирова, Ленинградский областной онкологический диспансер). **Мультидисциплинарный подход в лечении метастатического рака почки.**

Пациент О., 58 лет, житель Ленинградской области, в марте 2013 г. поступил в районную больницу г. Приозерска по поводу носового кровотечения. В контрольных анализах крови гемоглобин 71 г/л. После тампонады полости носа пациент переведён в клинику ЛОР-болезней ВМедА им. С.М.Кирова. После удаления тампонов пациенту выполнена риноскопия, в ходе которой визуализировано объёмное образование, занимающее всю правую половину. Выполнена щипковая биопсия. Послеоперационный период осложнился рецидивным кровотечением. На фоне консервативной терапии и рыхлой тампонады полости носа последнее купировано. По результатам гистологического заключения, которое было получено через 7 дней после процедуры, был установлен диагноз метастаза светлоклеточного рака почечного генеза. Для консультации приглашён онкоуролог. Назначено дообследование: КТ головы, груди, живота, таза. По результатам обследования обнаружена опухоль правой почки размером 6,2×5,6×5,1 см, накапливающая контрастное вещество на +28 ед. НУ, вторичное поражение мягких тканей полости носа, носовых пазух. 15.04.2013 г. пациент поступил в клинику урологии ВМедА для планового оперативного лечения. 17.04.2013 г. выполнена лапароскопическая циторедуктивная нефрадrenaлэктомия справа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 6-е сутки. Согласно последним рекомендациям, пациенту через 28 дней назначена таргетная терапия препаратами «Бевацизумаб» и «Роферон». После первого цикла лечения при контрольной КТ головы, груди, живота, таза отмечен частичный ответ на лечение. Принято решение о проведении второго цикла таргетной терапии. После контрольной КТ головы, груди, живота, таза доказана стабилизация заболевания. Далее пациент был проконсультирован специалистом по опухолям

головы и шеи. Пациент был госпитализирован в ЛООД, где после дообследования были выполнены латеральная ринотомия по Муру, удаление метастаза из полости носа. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан на 8-е сутки. При контрольном обследовании через 3 мес после операции признаков прогрессии заболевания не выявлено. Ещё через 3 мес также диагностирована ремиссия заболевания, при этом пациент не получает никакого специфического лечения.

Ответы на вопросы. ПЭТ и КТ не производились. Лечение проводилось бесплатно, по ОМС и квоте.

Прения

К.Н.Мовчан. Больной из другого региона лечился бесплатно. Ему помогли мультидисциплинарный подход и современные технологии.

Б.Н.Котив (председатель). Об успешности лечения говорить ещё рано, но надо благодарить докладчиков за те усилия, которые они приложили для продления жизни больного.

ДОКЛАД

А.А.Кашинцев, Н.Ю.Коханенко, Е.Н.Имянитов, К.В.Павелец, А.Г.Иевлева, Н.М.Волков, Е.Н.Суспицин, Р.В.Фадеев, М.С.Диникин, К.Г.Шостка, Р.Г.Аванесян (кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А.Русанова, общей хирургии и медицинской генетики СПбГПМУ; лаборатория молекулярной диагностики НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова; ГБУЗ «Городской онкологический диспансер»; ЛДЦ МИБС ГБУЗ Ленинградского областного онкологического диспансера). **Значение молекулярно-генетических методов в диагностике и лечении рака поджелудочной железы (РПЖ).**

РПЖ занимает 8-е место по частоте в структуре онкологической заболеваемости в Российской Федерации. С 2009 по 2012 г. были обследованы 257 больных со злокачественными образованиями поджелудочной железы. Выполнялась оценка клинической картины, динамики уровня СА 19-9, чувствительности инструментальных методов (УЗИ, эндоУЗИ, МСКТ, МРТ), результатов хирургического и химиотерапевтического лечения. У 150 пациентов осуществлён анализ мутации BRCA1 5382insC, у 22 — BRCA2 6174delT, а у 8

больных была установлена полная кодирующая последовательность генов BRCA2 и PALB2 для выявления семейной формы РПЖ. Последним этапом в исследовании стала попытка создать на основании уровня экспрессии РНК генов, характерных для опухолей различных локализаций (KRAS, PSCA, CDX2, CDH17, F5, LIPF, UGRP, UPK2, TG, LPB, SPB), диагностическую панель с целью выявления рака поджелудочной железы среди карцином с неизвестной первичной локализацией. При оценке чувствительности инструментальных методов было установлено, что наиболее информативными были: эндоУЗИ — 92,4%, МРТ — 92,7%, МСКТ с контрастированием — 91,8%. Увеличение СА 19-9 отмечалось в 71,7% наблюдений, при этом была получена статистически значимая корреляция между уровнем карбогидратного антигена, размером опухоли и её гистологическим типом, стадией заболевания и результатами лечения. Были выявлены больные — носители мутации в генах BRCA. При назначении специфической химиотерапии получены обнадеживающие результаты. При оценке экспрессии РНК было получено, что чаще всего определялась экспрессия KRAS (68,4%), CDH 17 (60,0%), PSCA (55,6%) и CDX2 (40,0%). При использовании данной панели достигается чувствительность выявления рака поджелудочной железы — в 61,3% случаев среди карцином с неизвестной первичной локализацией.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение молекулярно-генетических методов позволит улучшить диагностику первичного образования, когда инструментальные методы неэффективны, а также подобрать специфическую схему химиотерапии.

Ответы на вопросы. Единой прогностической модели ранней диагностики рака нет. У родственников были различные локализации рака. Дифференциальная диагностика рака и хронического панкреатита целью не ставилась.

Прения

Б.Н.Котив (председатель). Представлено новое направление диагностики рака поджелудочной железы, основанное на достижениях генетики и молекулярной биологии и дающее возможность выбрать наиболее эффективное лечение.

Поступил в редакцию 31.03.2014 г.